

	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	6

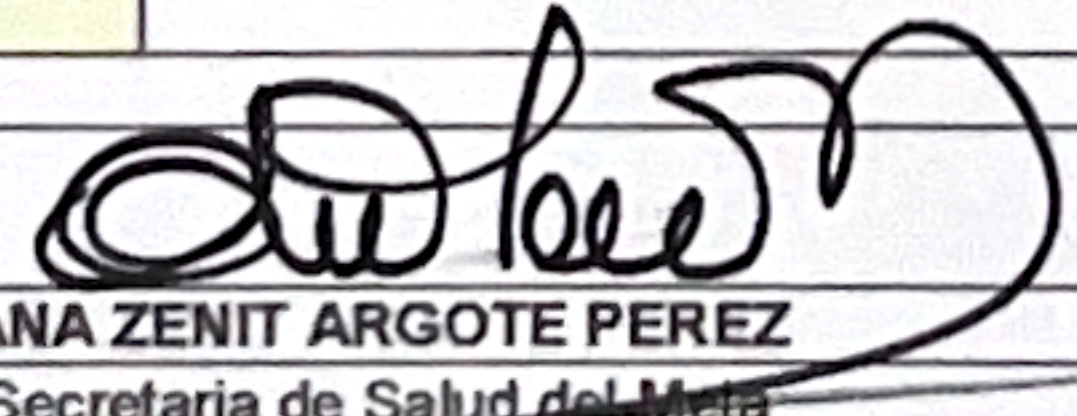
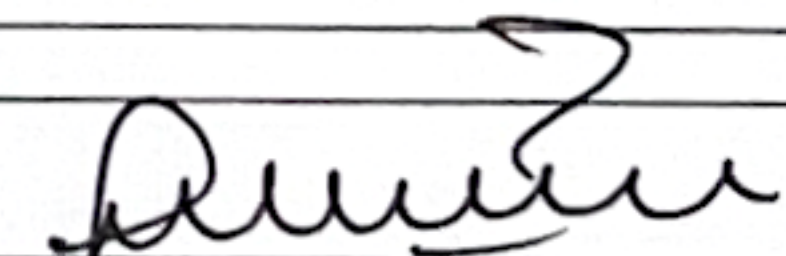
Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	15/07/2026	Periodo de Pago:	Del	30/04/2026	Al	29/05/2026
Contrato No. y Fecha:	1146 del 29 de enero del 2026					
Contratista:	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES		c.c. o Nit. No.	1.121.865.809		
Representante Legal:	N/A		c.c. No.	N/A		
Tipo de Pago:	Parcial	x	Final	N/A	Número de Pago:	4

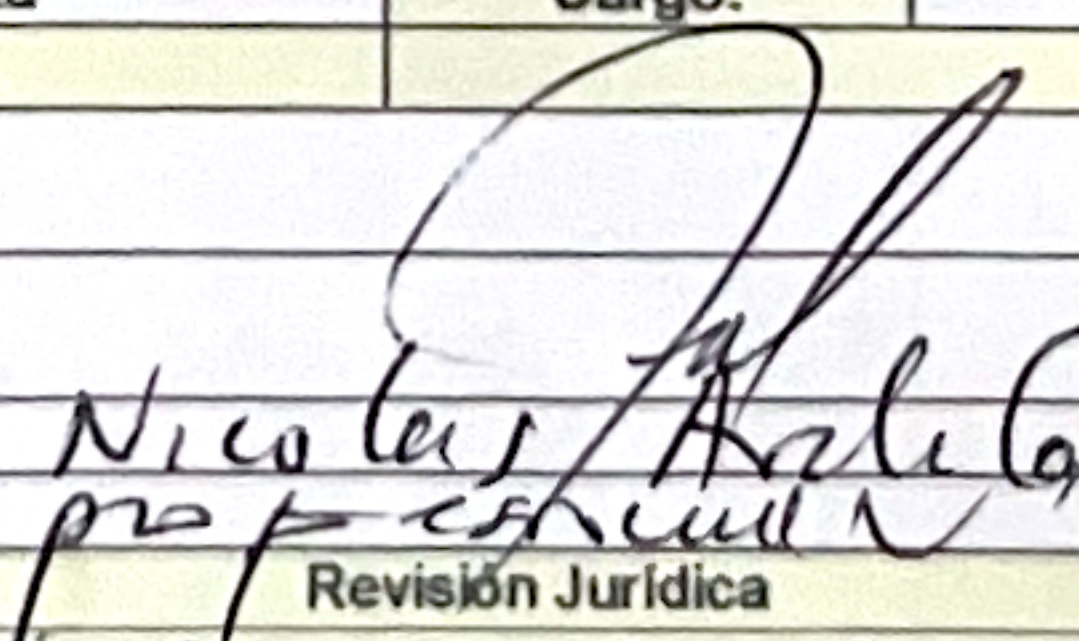
Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL - Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). - Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) - Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	N/A	N/A	N/A	N/A
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números): CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$ 5.300.000) MCTE

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	ANA ZENIT ARGOTE PEREZ	Nombre:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ
Cargo:	Secretaria de Salud del Meta	Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención
	Ordenadora del Gasto		Supervisora

Firma:			
Nombre:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ	Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención	Cargo:	Gerente administrativo de salud
Acción:	Revisión del Directivo	Acción:	Revisión Financiera
	Área Ordenadora del Gasto		Secop. 6556-23-07-26.

Secretaría de Salud del Meta
Oficina de Contratación

Revisó: 
Fecha: **21/7/26**

Carrera 33 No. 38-45 - Edificio Gobernación - Meta - Colombia
PBX: (+57 608) 681 8500 - Línea gratuita nacional: 01 8000 129 202
www.meta.gov.co



	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	6

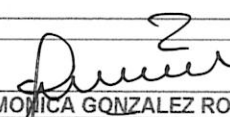
Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	15/07/2026	Periodo de Pago:	Del	30/04/2026	Al	29/05/2026
Contrato No. y Fecha:	1146 del 29 de enero del 2026					
Contratista:	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES		c.c. o Nit. No.	1.121.865.809		
Representante Legal:	N/A		c.c. No.	N/A		
Tipo de Pago:	Parcial	x	Final	N/A	Número de Pago:	4

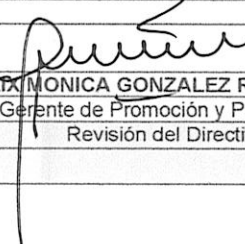
Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	X	N/A	X	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL - Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). - Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) - Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prórroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	N/A	N/A	N/A	N/A
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$ 5.300.000) MCTE
--	---

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	ANA ZENIT ARGOTE PEREZ	Nombre:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ
Cargo:	Secretaria de Salud del Meta	Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención
	Ordenadora del Gasto		Supervisora

Firma:			
Nombre:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ		CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención		Gerente administrativo de salud
Acción:	Revisión del Directivo	Revisión Jurídica	Revisión Financiera
	Área Ordenadora del Gasto		

	CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL - BPPID - EJECUCIÓN DE RECURSOS	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

**EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD
GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS
DEL DEPARTAMENTO DEL META**

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

FORTALECIMIENTO INTEGRAL DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL META - SUBCUENTA SALUD PUBLICA COLECTIVA

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número:

202500000028475

Observaciones: POAI 2026 - AJSUTADO A DECRETO DE LIQUIDACION 500 DE 2025.

En la fecha 16 de enero de 2026, la Unidad Ejecutora **SECRETARÍA DE SALUD** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "El Gobierno de la Unidad 2024-2027".

PILAR 4. DESARROLLO SOCIAL PARA LA UNIDAD DEL META. 4.1 EJE ESTRATÉGICO PRIMERO LO SOCIAL. 4.1.7 LÍNEA ESTRATÉGICA SALUD PARA EL META.	4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.9 Subprograma Estilos de vida saludable y abordaje de enfermedades no transmisibles con enfoque diferencial.	Sector 19 - Salud y protección social.	Meta 41072091901. Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en los componentes de modos condiciones y estilos de vida saludables; el abordaje en la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles y las alteraciones en salud bucal, visual y auditiva y, las enfermedades huérfanas/raras y autoinmunes (AR y LES).
--	--	--	--	---

1. Actividad o componente a ejecutar: Ejecutar procesos de asistencia técnica en los municipios y los actores del SGSSS y dispersar insumos estratégicos en salud pública.

Objeto del gasto: Realizar procesos de asistencia técnica en los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables, dirigidos a los municipios del departamento del Meta, incluyendo la prevención de enfermedades no transmisibles, las alteraciones en salud bucal, visual y auditiva, y las enfermedades huérfanas, raras y autoinmunes (AR y LES), conforme a los lineamientos nacionales vigentes.

Valor: \$387,700,000.00. Fuente de Financiación: 32 SGP - Salud Publica

Y con base en la solicitud remitida por el Dra. Ana Zenit Argote Pérez – Secretaria de Salud, entidad responsable del proyecto y respaldada por los anexos debidamente avalados por la mencionada secretaria y con los soportes presentados, disponibles en la carpeta del proyecto

Obras o actividades adicionales: NO

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 16 de enero de 2026

JEIMMY LUIS MOLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro: CLARA ROVEDA ROA - 16



Carrera 33 No 38 -45/ Edificio Gobernación / Meta / Colombia
PBX: (+57) 8 681 85 00 / Línea Gratuita nacional: 01 8000 129 202
www.meta.gov.co

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.146-9	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	1146 del 29 de enero de 2026.		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES	Nit./c.c.	1.121.865.809
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor: (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	c.c.	1.121.823.987
Supervisor:	ALIX MONICA GONZALES RODRIGUEZ		52.033.446
Objeto: (Transcribir del contrato) "REALIZAR PROCESO DE ASISTENCIA TECNICA EN LOS COMPONENTES DE MODOS CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DIRIGIDOS A LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META INCLUYENDO LA PREVENCION DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES LAS ALTERACIONES EN SALUD BUCAL, VISUAL Y AUDITIVA Y LAS ENFERMEDADES HUERFANAS RARAS Y AUTOINMUNES AR Y LES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES"			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Treinta y un millones ochocientos mil pesos (\$31.800.000.00) M/CTE.		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) meses.		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	30/01/2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	29/07/2026
--	------------	---	------------

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	Valor de la Modificación (Cuando Aplique)	Fecha de expedición del documento	Tiempo de Modificación (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A	Fecha Finalización: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	N/A		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)	
EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: seis (6) mensualidades vencidas, cada una por valor de cinco millones trescientos mil pesos (\$5.300.000) m/cte., previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.	

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):

Registro Presupuestal: (Continúa en la hoja...)					
Número y Fecha:	1692 de 30 de enero de 2026	Inversión	X	Funcionamiento	
Rubro presupuestal:	030302-2.3.19.1905.0300.008.2.3.2.02.02.009-32				
Valor: (Letras y Números)	Treinta y un millones ochocientos mil pesos (\$31.800.000.00) M/CTE.				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

Registro Presupuestal (Adición):

Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

*Si no existen adiciones diligencie con N/A

** Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes, cumplido el periodo mensual de ejecución del contrato.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo con el acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.

 DEPARTAMENTO DEL META NET 002 000 148-B	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Elaborar y presentar al supervisor el plan de trabajo de las actividades contractuales detallado que contemple las actividades, metas, cronograma y recursos necesarios para la implementación durante el periodo contractual, alineado con los lineamientos nacionales y departamentales."
2. Realizar acompañamiento técnico presencial al cumplimiento de la normatividad vigente frente al Lineamientos para la gestión de las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva – comunicativa y Promover MCEVS en los municipios priorizados de CASTILLA LA NUEVA, CUBARRAL, FUENTEDEORO, GRANADA REALIZAR SEGUIMIENTO VIRTUAL, PUERTO CONCORDIA, SAN JUANITO, PUERTO LLERAS, VISTAHERMOSA, CASTILLO, EL DORADO, MAPIRIPAN EN EL DEPARTAMENTO DEL META
3. Realizar seguimiento mensual presencial y/o virtual a la implementación de la estrategia "Soy generación más sonriente" o la establecida por el MSPS, acompañando la gestión de actividades en los municipios de CASTILLA LA NUEVA, CUBARRAL, FUENTEDEORO, GRANADA REALIZAR SEGUIMIENTO VIRTUAL, PUERTO CONCORDIA, SAN JUANITO, PUERTO LLERAS, VISTAHERMOSA, CASTILLO, EL DORADO, MAPIRIPAN EN EL DEPARTAMENTO DEL META
4. Monitorear el comportamiento de las coberturas de las intervenciones de educación en toda la población y de aplicación de barniz de flúor, realizadas en los servicios de salud, mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, de cada una de las IPS de los municipios priorizados
5. Realizar visita técnica para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación y continuidad de las acciones destinadas a garantizar la atención integral en salud bucal, Visual y Auditiva, así como para promover Medidas Colectivas y Estilos de Vida Saludable (MCyEVS) en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPBs), de SANIDAD POLICIA , DIGSA, NUEVA EPS, CAPITALSALUD en el Departamento del Meta, incluyendo el seguimiento de los indicadores.
6. Realizar coordinación con el programa ampliado de inmunizaciones PAI, con el fin de articular, planear, preparar y desarrollar las jornadas conjuntas según los lineamientos de generación más sonriente año 2026
7. Acompañamiento en la programación, planeación y articulación para la implementación de los días de intensificación de acuerdo a las fechas establecidas en el lineamiento de la estrategia "Soy generación más sonriente año 2026
8. Participar en las reuniones mensuales del programa, convocadas por la referente de la Dimensión de Enfermedades No Transmisibles, con el fin de socializar los hallazgos identificados en las asistencias técnicas realizadas a la red prestadora, IPS y municipios y seguimiento acciones y/o compromisos de mejora establecidos
9. Realizar mesas técnicas trimestrales para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación y continuidad de las acciones destinadas a garantizar la atención integral en salud bucal, visual y auditiva (SBVA), así como para promover Medidas Colectivas y Estilos de Vida Saludable (MCyEVS) en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPBs) SANIDAD POLICIA , DIGSA, NUEVA EPS, CAPITALSALUD presentes en el departamento del Meta.
10. Promover y realizar seguimiento a las actividades programadas en el marco de las celebraciones y/o conmemoraciones de los días nacionales e internacionales de salud pública, con enfoque en Modos y Estilos de Vida Saludables (MCyEVS) y la prevención de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). En los municipios asignados
11. Gestionar acciones sectoriales e intersectoriales (actores claves) de los municipios asignados para abordar la población en riesgo de padecer alteraciones bucales, Visuales y auditivas, integrándolas en la planeación territorial con el objetivo de reducir la morbilidad por estas enfermedades, prevenir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida de los individuos, sus familias y las comunidades afectadas.
12. Participar activamente en las reuniones convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y el Equipo de Gestión de la Secretaría de Salud del Meta, con el fin de realizar el seguimiento a las metas del Plan de Desarrollo, procesos de gestión y necesidades identificadas. Asimismo, elaborar y presentar los informes requeridos por las entidades de control, la Gobernación del Meta, la Gerencia de Promoción y Prevención, y otros según los requerimientos establecidos

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-B	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

13. Realizar el seguimiento técnico concurrente y la verificación de campo a la ejecución de las intervenciones colectivas en los municipios asignados, supervisando que las actividades de los componentes de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables (EVS), así como las estrategias de prevención y detección temprana de las alteraciones Bucales, Visuales y Auditivas se desarrollen bajo los estándares de calidad y lineamientos operativos definidos en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Departamental
14. Participar activamente en las reuniones convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y referente de la mesa de seguimiento a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud de los cursos de vida primer infancia, infancia y adolescencia de la Secretaría de Salud del Meta
15. Participar activamente en las reuniones convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y referente de la mesa de seguimiento a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud de los cursos de vida juventud, adultez y vejez de la Secretaría de Salud del Meta
16. Hacer entrega de los documentos generados a la supervisora del contrato de acuerdo al Procedimiento para la Organización de Archivos (P-RF-13) y aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) Versión 3. Asistencia a reuniones de capacitación y seguimiento
17. Realizar las demás actividades e informes que le asigne el supervisor inmediato relacionadas con la naturaleza del contrato por los entes rectores departamentales y nacionales
Modificaciones: (Transcribir las cláusulas modificadas) (Si no existen modificaciones diligencie N/A)
N/A

Periodo de Pago:	Del	30/04/2026	Al	29/05/2026	
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	X	Final
				N/A	No. de Pago
					4

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	N/A
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	N/A

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	Cinco millones trescientos mil pesos (\$5.300.000.00) M/CTE

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
1692	030302- 2.3.19.1905.0300.008.2.3.2.02.02.009-32	91122	\$ 5.300.000.00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$ 5.300.000.00

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En los municipios de Castilla La nueva, Cubarral, San Juanito, El Castillo, El Dorado, Fuentedeoro, Granada, Mapiripán, Mesetas, Puerto Rico, realizar seguimiento virtual: Acacias, Guamal, Puerto Concordia, Puerto Lleras y Vistahermosa, departamento del Meta.	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Villavicencio	\$ 5.300.000.00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$ 5.300.000.00
*Incluir filas adicionales si se requiere.	
**Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago (valores antes de Iva).	
***Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.	

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)	N/A
--	-----

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Porcentaje:	N/A	Observaciones:	N/A
--------------------	-----	-----------------------	-----

Amortización del Anticipo						
Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial N	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existe Anticipo diligencie casillas con N/A						
**Inserte filas si requiere						

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	30/01/2026	28/02/2026	\$ 5.300.000.00	16.66%
Segundo Pago	01/03/2026	29/03/2026	\$ 5.300.000.00	16.67%
Tercer Pago	30/03/2026	29/04/2026	\$ 5.300.000.00	16.67%
Pago Autorizado en el Presente Informe Cuarto Pago	30/04/2026	29/05/2026	\$ 5.300.000.00	16.67%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	30/05/2026	29/07/2026	\$10.600.000.00	33.33%
Valor Total del Contrato Inicial	30/01/2026	29/07/2026	\$31.800.000.00	100%
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Diligenciar en orden cronológico				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe Séptimo Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A				
***Diligenciar en orden cronológico.				
****El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición.				

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.145-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

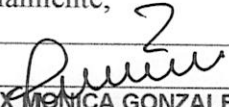
Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$31.800.000
--	---------------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	MAYO 2026	JUNIO 2026
Número de Planilla	84469934	92789956
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$2.120.000	\$2.120.000
Valor pagado a SALUD	\$349.900	\$343.700
Valor pagado a PENSIÓN	\$273.400	\$268.500
Valor pagado a ARL	\$53.400	\$52.400
Valor pagado a FSP		

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	Si N/A
Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal	N/A
Si es Persona NATURAL se diligencia N/A	

**Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.
Dado en Villavicencio, a los 15 días del mes de julio de 2026.**

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	ALIX MONICA GONZALES RODRIGUEZ
Cargo:	Gerente Promoción y Prevención
	Supervisor

Villavicencio, 15 de julio de 2026

CUENTA DE COBRO No 04

EL DEPARTAMENTO DEL META
NIT: 892.000.148-8

DEBE A:

FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.121.865.809 de Villavicencio.

POR CONCEPTO DE: "REALIZAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN LOS COMPONENTES DE MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIRIGIDOS A LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META, INCLUYENDO LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, LAS ALTERACIONES EN SALUD BUCAL, VISUAL Y AUDITIVA, Y LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS, RARAS Y AUTOINMUNES (AR Y LES), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES." Según Contrato de Prestación de Servicios No 1146 del 29 de enero de 2026 registro presupuestal No. 1692 de 30 de enero de 2026. En el periodo comprendido del 30 DE ABRIL AL 29 DE MAYO DE 2026. Por servicios prestados en:

MUNICIPIO	NUMERO DE DIAS	VALOR DIA CONTRATO	TOTAL
VILLAVICENCIO	30	\$176.666	\$5.300.000
TOTAL			\$5.300.000

VALOR A PAGAR: CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$5.300.000) M/CTE

Manifiesto bajo gravedad de juramento, que los aportes efectuados al sistema de Seguridad Social correspondiente al mes de **MAYO** la planilla **84469934** por un valor de **\$676.700** y al mes de **JUNIO** la planilla **92789956** por un valor de **\$664.600** que fueron pagadas sobre el IBC ordenado por la Ley, y que pueden ser tomados para disminuir la base de retención en la fuente ya que no han sido tenidos en cuenta para disminución de este impuesto en ningún otro pago, lo anterior de conformidad al Decreto 12/2010 emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Cordialmente,

Fabian Bedoya

FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES

CC: 1.121.865.809 de Villavicencio

Celular: 3212145868

Correo electrónico: fabeto14@gmail.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CÓRREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1121865809	FASIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES	Cra 19 2a 38 Nz 2 Cs 10	3212145668	fabedot14@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84469334	16/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TPC PLANILLA	TOTAL NÓMENA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	1	\$0	\$676,700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EP9037	Nueva EPS	900166264-2	265,000	0	0	0	43	8,400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidio	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	339,200	0	0	0	0	43	10,700	0	349,900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	51,700	No. Autorización	Valor	51,700	43	1,700	53,400		517	53,400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	43	0	0	0
0	43	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RFP y filera	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	265,000	273,400	1
Pensión	1	339,200	348,900	1
Riesgos Laborales	1	51,700	53,400	1
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	655,900	676,700	3

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1121865809	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES	Cra 19 2a 38 Nz 2 Cs 10
		CORREO	fabian14@gmail.com
		TELÉFONO	3212145868
		CÓDIGO	CILINDRO / MUNICIPIO
		DEPARTAMENTO	VILLAVICENCIO
		META	NO
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
		84469934	16/07/2026
		CANTIDAD EMPLEADOS	1
		CANTIDAD UPC	0
		TOTAL A PAGAR	\$876.700
		TOTAL NÓMINA	\$0
		PERIODO PENSIÓN	2026-05
		PERIODO SALUD	2026-05

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula	Cédula
1	CC	BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO	1121865809	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910	9910

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	16	0	0	0
ICBF				
0	16	0	0	0
ESAP				
MEN				
TOTALES				

DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1121865809	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES	Kia 19 2a 3a Mz 2 Cs 10	372143888	fabio14@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN:	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCESAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			NETA	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		92789958	21/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TEO PLANILLA	TOTAL HÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	1	\$0	\$664.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación		Apellidos y Nombres		Contrato	Subsidio	Expendido	Expendido	Expendido	Contribución	CoA. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solididad	Fondo quinquenal de subsistencia	CoA. EPB	IBC EPB	Días	Potización / Valor UPC	CoA. ARL	IBC ARL	Días	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	Aporte SENA	Aporte ICBP	Aporte ESDP	Aporte MEN			
1	CC	1121861563	BECIOYA TORRES FABIAN HUMBERTO		59	0	N				25-14	2.130.000	20	\$39.700	0	0	0	0	EP9237	2.170.000	20	\$83.000	14-23	2.120.000	20	3	\$1.700		0	0	0	0	0	0		